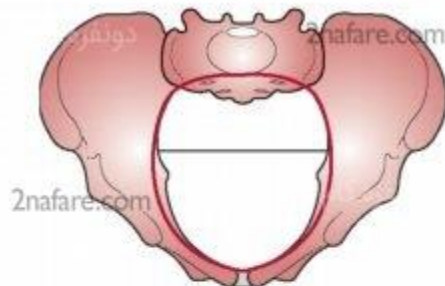


به نام خداوند بخشنده مهربان

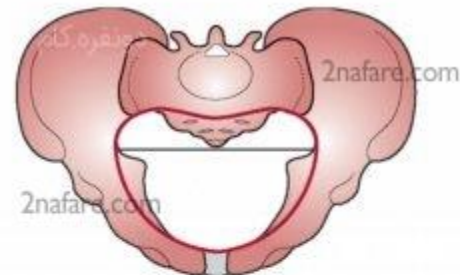
# Diatosia2

f.Ranjesh

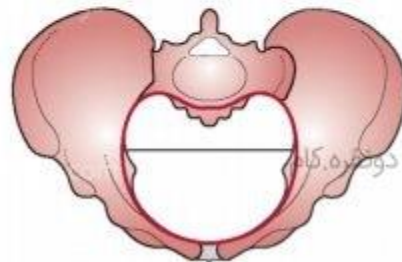
Academic member of Nursing & Midwifery School



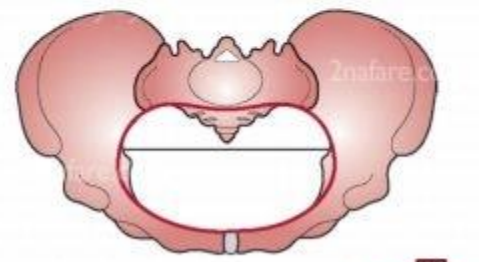
Anthropoid



Android



Gynaecoid



Platypelloid (flat)

# اهداف

- توانایی تشخیص تنگی لگن را داشته باشد.
- پوزیشن های غیر طبیعی را شرح دهد.
- نحوه تشخیص پوزیشن های غیرطبیعی را توضیح دهد.
- توانایی اداره و مدیریت لیبر و زایمان با پوزیشن غیرطبیعی را داشته باشد.
- پرزانتاسیون صورت را شرح دهد.
- پرزانتاسیون ابرو، پیشانی و مرکب را شرح دهد.
- توانایی تشخیص پرزانتاسیون های غیر طبیعی را داشته باشد.
- توانایی اداره و مدیریت لیبر و زایمان با پرزانتاسیون غیرطبیعی را داشته باشد.

# Complication of the PASSAGEWAY

## ساختمان لگن

### ❖ استخوان های لگن

از اتصال استخوان خارجی، دنباله ای و دو استخوان بی نام تشکیل شده است.

استخوان بی نام از اتصال سه استخوان ایلیم ، ایسکیوم و پوبیس تشکیل می شوند.



## لگن حقیقی یا مامایی

❖ بخشی از لگن که در زیر *Lina Terminalis* واقع شده است. در روند زایمان اهمیت دارد، کانال عبور جنین در موقع تولد است. بخشی از دیواره های لگن حقیقی جنس استخوانی و بخشی از جنس رباط است.

❖ که از لحاظ بالینی شامل سه صفحه فرضی است :

1- خنک ورودی (Inlet)

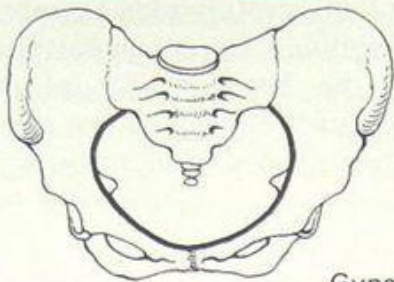
2- خنک میانی (Midlet)

3- خنک خروجی (Outlet)

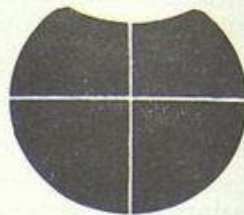


# لگن ژنیکوئید (Gynecoid Pelvis)

- بزرگترین قطر عرضی inlet (12) سانتی متر
- قطر قدامی خلفی inlet (11) سانتی متر
- دیواره های جانبی حفره لگن موازی
- بریدگی ساکروسپاتیک پهن
- خارهای ایسکیال برجسته نیست
- قوس زیرپوبیس 90 درجه یا بیشتر
- قطر بین دو خار (10) سانتی متر
- بهترین نوع لگن برای زایمان واژینال
- شایعترین نوع لگن



Gynecoid



# CephaloPelvic Dysproportion (CPD)

- تعریف: عدم تناسب سر با لگن

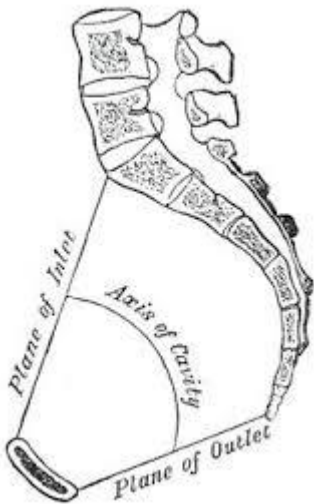
- تشخیص اغلب پس از مرحله اول زایمان قطعی می شود.

- اصطلاحاً به هرگونه تلاش ناموفق در زایمان واژینال گفته می شود.

- علل:

– کاهش ظرفیت لگن، بزرگی بیش از حد جنین و یا بطور رایج

ترتلفیقی از هر دو حالت



# تنگی تنگه ورودی (Inlet)

- قطر قدامی خلفی کمتر از ۱۰ و یا قطر عرضی کمتر از ۱۲ سانتی متر
- کونژوگه

- میانگین قطر بای پریتال ۹/۵ تا ۹/۸ سانتی متر است

- کدام مهمتر است : قطر قدامی خلفی و یا قطر عرضی؟

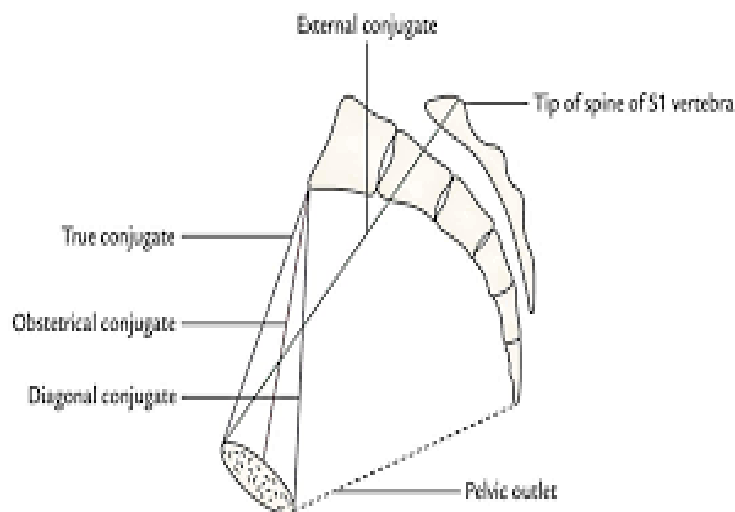
- جثه مادر

- عوارض تنگی ورودی لگن:

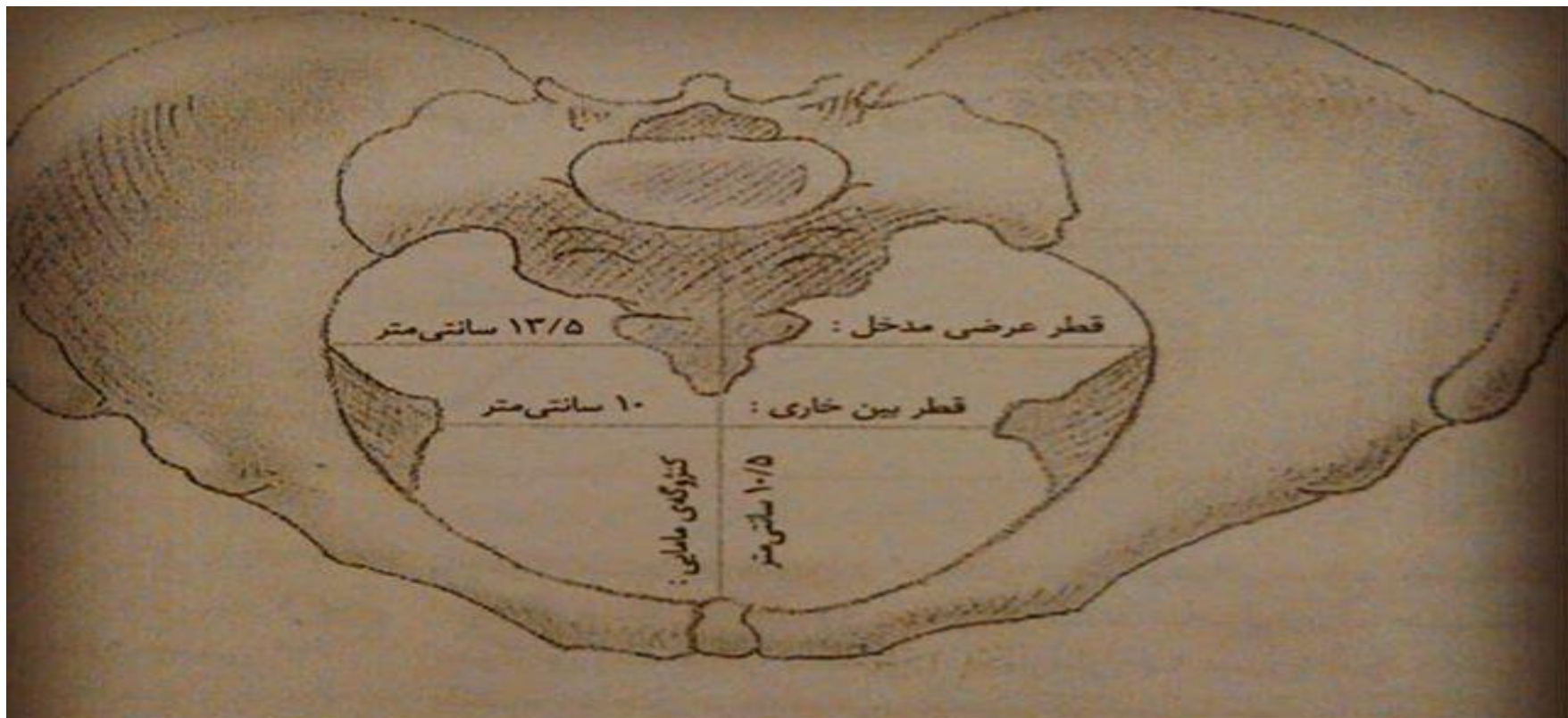
– احتمال پاره شدن خودبخود پرده ها

– نمایش غیر طبیعی

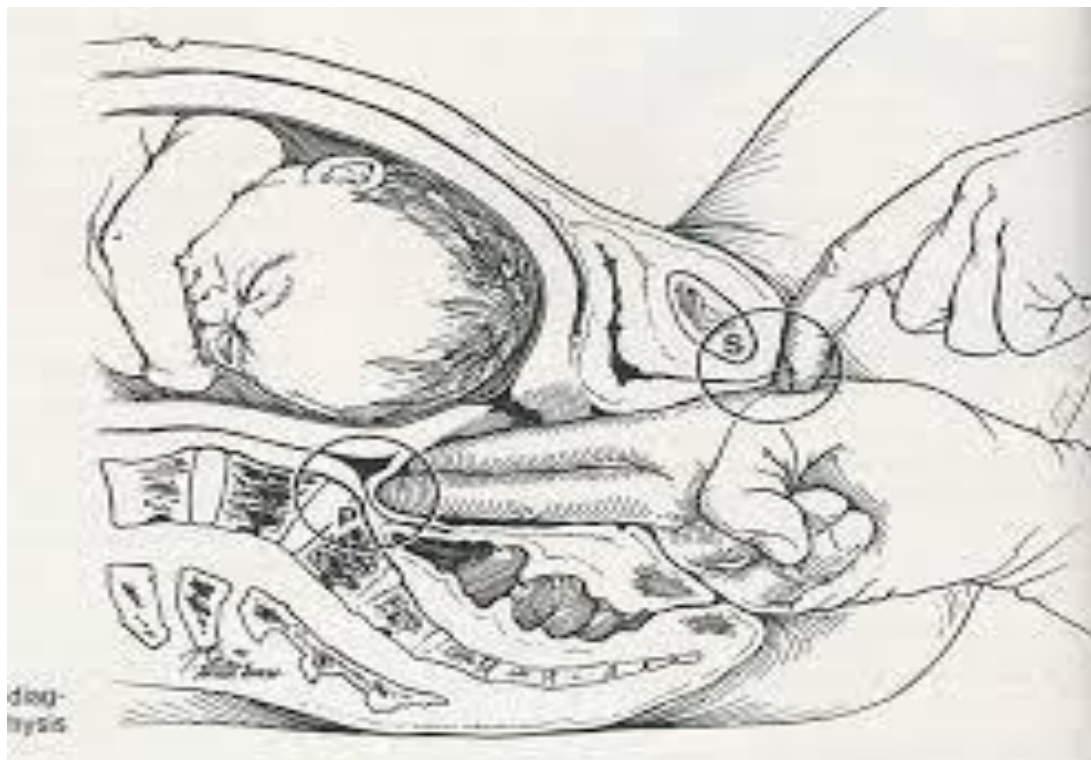
– پرولاپس بندناف







# اندازه گیری کنژوگه دیاگونال



# تنگی لگن میانی (Midpelvis)

- شایعترین نوع تنگی
- تنگی نسبی: قطر عرضی کمتر از ۱۰ و یا باجمع ساژیتال خلفی کمتر از ۱۳/۵ سانتی متر
- تنگی قطعی: قطر عرضی کمتر از ۸
- تنگی لگن میانی دربالین :
  - خار برجسته
  - دیواره جانبی همگرا
  - بریدگی ساکروسپاتیک باریک
- رابطه خار ایسکیال و توبرزیته ایسکیال

اندازه گیری بالینی اقطارتنگه میانی امکان پذیر نیست  
و تناسب آن بستگی به موارد زیر دارد:

✱ برجستگی خارهای ایسکیال (ischial spine)

✱ همگرا یا واگرا بودن دیواره های جانبی

✱ تقعر ساکروم

✱ پهن بودن یا کم عمق بودن ساکروم

✱ تنگی صفحه خروجی

✱ نکته: خارهای ایسکیال برجسته ، تقعر ساکروم بسیار کم ،

قطر بین خاری کمتر از 10 سانت ، دیواره های جانبی

مقارب زاویه زیر عانه ای کوچک (کمتر از  $90^{\circ}$ -

80) غیر طبیعی بودن این ناحیه را مطرح می کند.

# تنگی لگن خروجی (outlet)

- مثلث قدامی و مثلث خلفی

- قطر بین توبرزیتة ای کمتر از ۸ سانتی متر

- کاهش قطربین توبرزیتة ای باعث باریک شدن مثلث

قدامی و رانده شدن سرجنین به خلف را موجب می شود.

- عوارض :

– پارگی های پرینه





# تخمین بالینی اندازه های تنگه خروجی لگن:

✱ قطر عرضی این تنگه با اندازه گیری مستقیم قابل سنجش است .

✱ ابتدای مشت بسته را اندازه گرفته (معمولا بیش از 8 سانت است)

✱ سپس مشت بسته را در حالی که زن باردار در مانور مک روبرت قرار دارد روی پرینه بین برجستگی های ایسکیال قرار دهید ، اگر مشت به راحتی قرار نگیرد و کمتر بودن زاویه بین دو استخوان از حد نود درجه مطرح کننده تنگی لگن و نامناسب بودن آن برای زایمان است.



# شکستگی های لگنی

- شایعترین علت تصادف اتومبیل
- الگوی شکستگی، جابجایی مختصر و گیرافتادن جسم خارجی اندیکاسیون مطلق سزارین نیست.
- سابقه شکستگی لگن = تصویربرداری و پلویمتری دربارداری

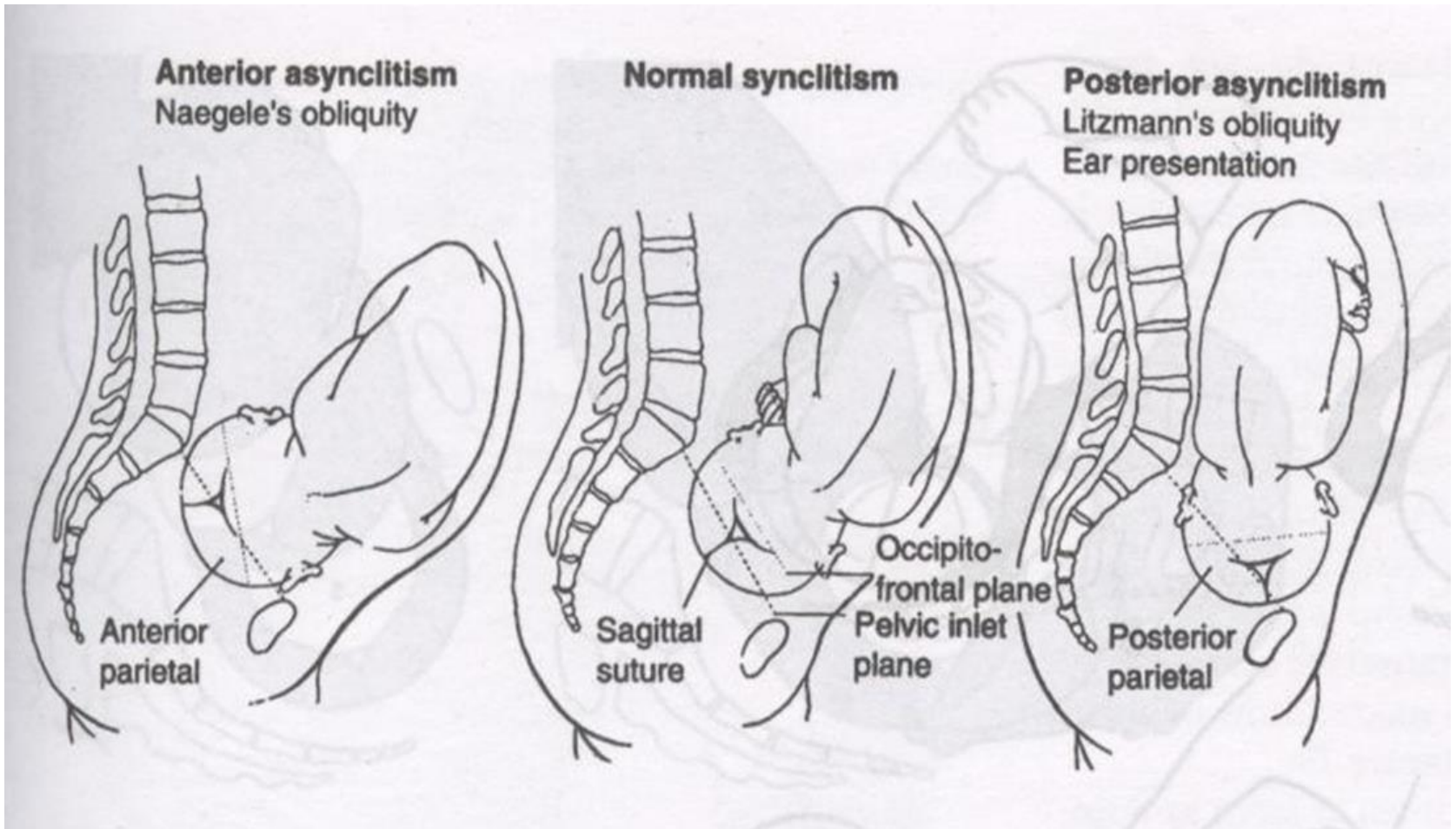
# برآورد ظرفیت و گنجایش لگن

- معاینه بالینی با انگشت
- پلویمتری با اشعه ایکس
- پلویمتری با CT
- پلویمتری با MRI

# ابعاد جنین در عدم تناسب سر با لگن

- وزن جنین
- موقعیت نامناسب سر
- برآورد کردن اندازه سر جنین
  - مانور muller-Hillis
  - رادیوگرافی
  - سونوگرافی
  - شاخص جنینی - لگنی

# آسِنكَلِيتِيسَم

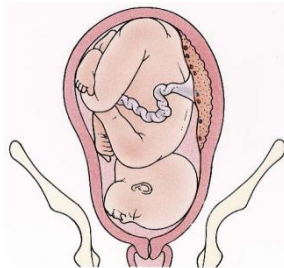


# Complication of the Passenger

# Abnormal Presentation and Positions

- **Malpositions:**
  - Posterior position--usually mom complains of back pain
- **Malpresentation**

Brow -



Face -



Breech -

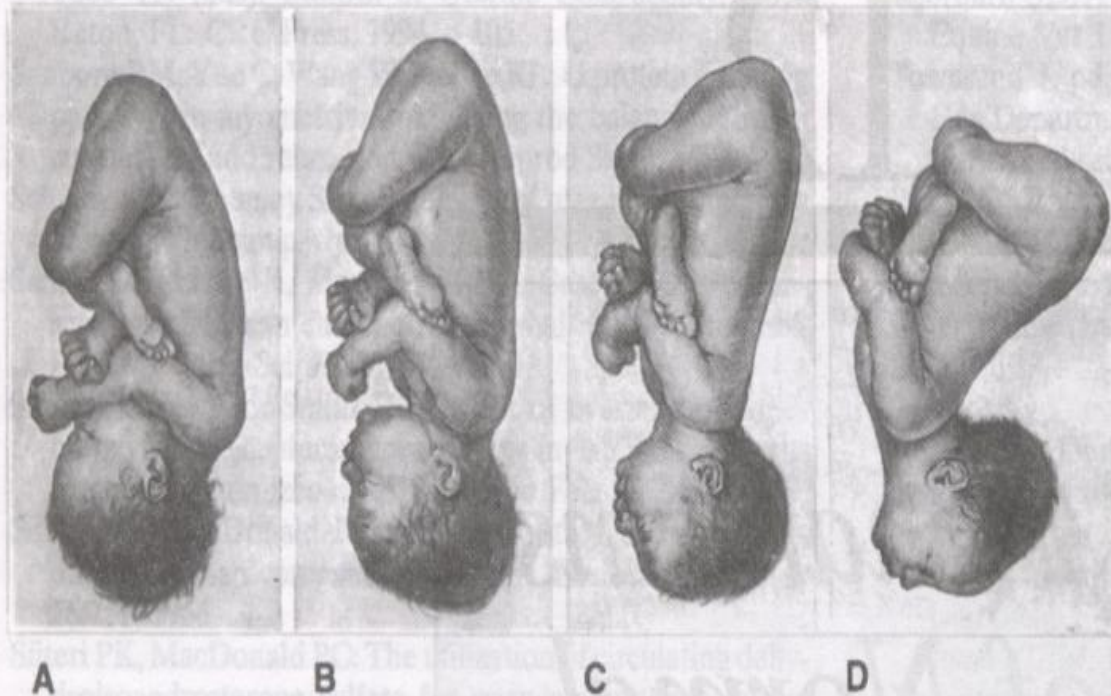


Transverse -





# انواع نمایش در وضعیت سفالیک



**FIGURE 12-1.** Longitudinal lie. Cephalic presentation. Differences in attitude of fetal body in (A) vertex, (B) sinciput, (C) brow, and (D) face presentations. Note changes in fetal attitude in relation to fetal vertex as the fetal head becomes less flexed.

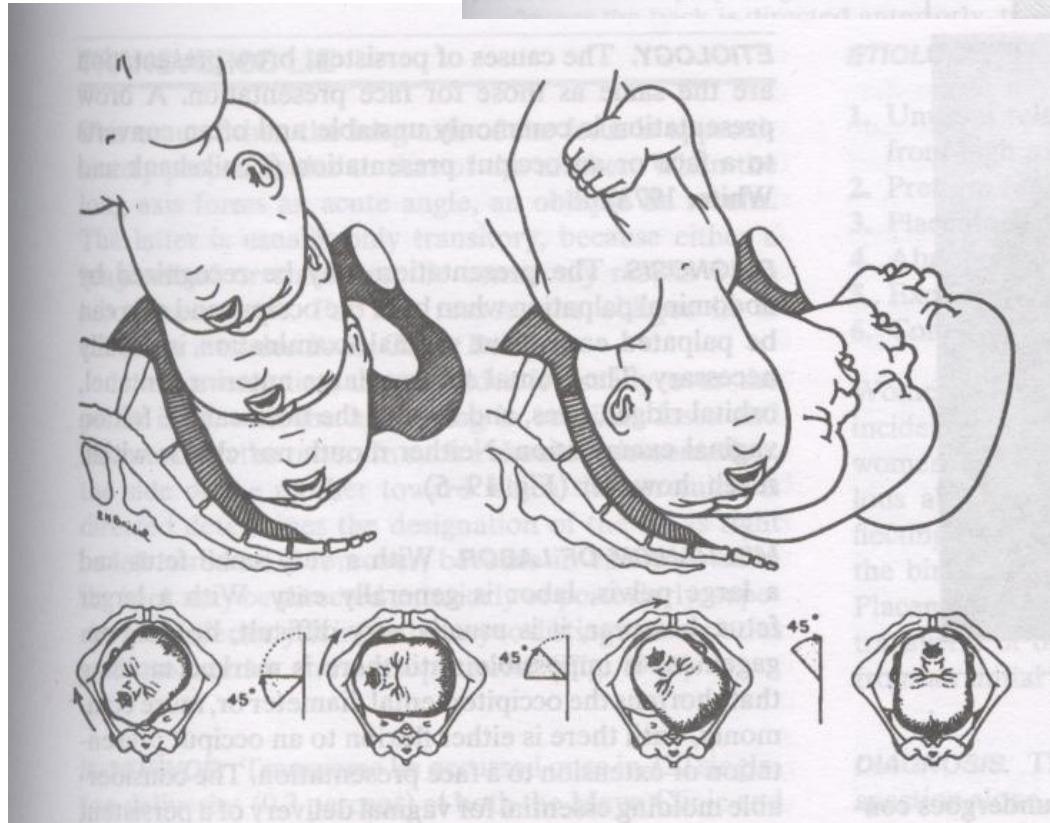
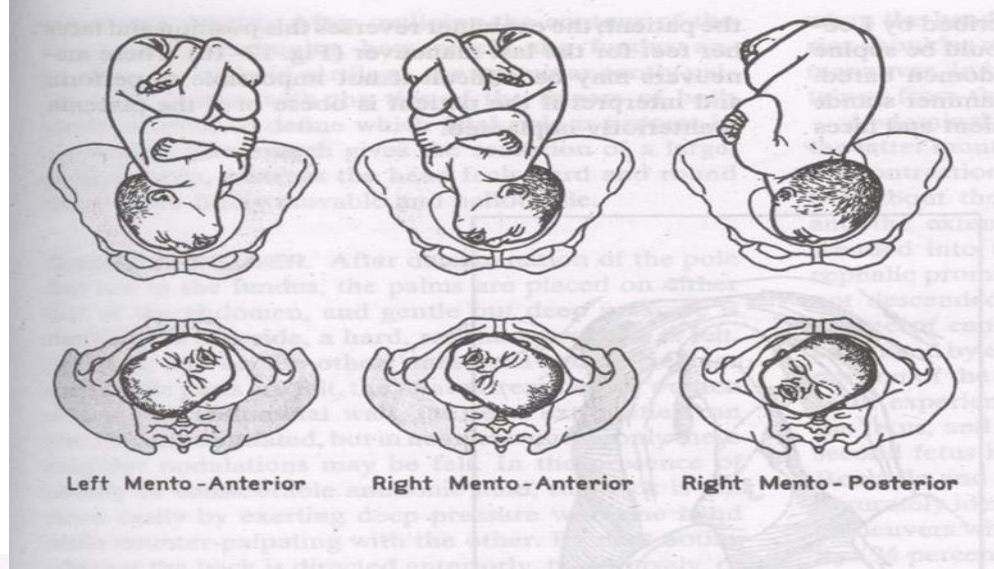
# نمایش صورت

- در این نمایش سرجنین دچار هیپراکستانسیون می شود و اکسی پوت با پشت تماس می یابد. چانه عضو نمایش است که در موارد خلفی امکان زایمان وجود ندارد
- شیوع آن ۱ در ۶۰۰ زایمان است (۱۷٪ در صد)
- **علل:** عواملی که موجب اکستانسیون سر یا از فلکسیون جلوگیری می شود:
  - نوزاد نارس، بزرگی قابل توجه گردن، پیچیدن بندناف به دور گردن، ناهنجاری های جنینی، هیدرامنیوس، جنین آنسفال، لگن تنگ، جنین بزرگ، شکم پاندولی، پارите بالا



# نمایش صورت

- تشخیص: معاینه واژینال، تصاویر رادیوگرافیک سر هیپراکستانسیون
- مکانیسم زایمان: ابتدا پیشانی و با نزول به صورت تبدیل می شود.
  - حرکات اصلی شامل نزول، اکستانسیون، چرخش داخلی، فلکسیون، چرخش خارجی و بعد خروج جنین.
- در صورت وجود انقباضات موثر و عدم تنگی لگن زایمان امکان پذیر است. در غیر این صورت سزارین می شوند.
- مانیتورینگ خارجی ارجح است.



# نمایش پیشانی

- این نمایش نادرتر است و قسمتی از سر جنین بین برآمدگی اربیت و فونتanel قدامی در بالای ورودی لگن قرار دارد.
- امکان زایمان در این نمایش وجود ندارد، مگر لگن بزرگ و جنین کوچک باشد.
- در معاینه واژینال سوچور فرونتال، فونتanel قدامی، برآمدگی اربیت، چشم ها، ریشه بینی لمس می شود
- اتیولوژی: مانند نمایش صورت است. اغلب ناپایدار است و به نمایش صورت یا ورتکس تبدیل می شود.
- مکانیسم زایمان: در صورت کوچک بودن سر و بزرگ بودن لگن امکان زایمان هست در غیر اینصورت تنها با مولدینگ و کاپوت بزرگ بر روی پیشانی زایمان مشکل در پیش است. به هر حال احتمال تبدیل به صورت و یا ورتکس وجود دارد.



پیشانی



صورت



farzand.net



# قرار عرضی

- محور طولی جنین عمود بر محور طولی مادر است.
- قرار مایل پایدار نیست.
- شانه بر روی ورودی لگن و سر و ته در حفره های ایلپاک قرار می گیرند
- قرار عرضی ۰,۳ درصد است
- **علل:**

– شل بودن شکم پاندولی، پاریته بالا (MP4 و بالاتر ۱۰ برابر)، جنین پره ترم، جفت سرراهی، پلی هیدرآمنیوس، تنگی لگن، تومور تخمدان در کلدوساک، آنومالی رحم

- **تشخیص:** مانور لئوپولد، معاینه واژینال، سونوگرافی

## Dorsoinferior transverse lie

---



---

*Reproduced with permission from: Anatomical Chart Company. Copyright  
2008 Lippincott Williams & Wilkins.*

UpToDate®

# قرار عرضی

- **مکانیسم زایمان:** امکان زایمان در ترم و جنین زنده وجود ندارد. در صورت ادامه انقباضات و عدم توجه، قرار عرضی فراموش شده بوجود آمده و در نهایت حلقه پاتولوژیک تشکیل و امکان پارگی رحم و پرولاپس وجود خواهد داشت. از آنجا که با اختلالات دیگری مانند جفت سرراهی همراه است میزان عوارض زیاد می باشد.
- **درمان:** در صورت شروع درد زایمان فعال سزارین ضروری است ولی اگر شروع دردها باشد و هنوز کیسه آب پاره نشده باشد، چرخش خارجی شاید مفید واقع شود.
- در موارد سزارین برش طولی بر عرضی ارجحیت دارد.

## Diagnosis of transverse lie by abdominal palpation using Leopold's maneuvers

---

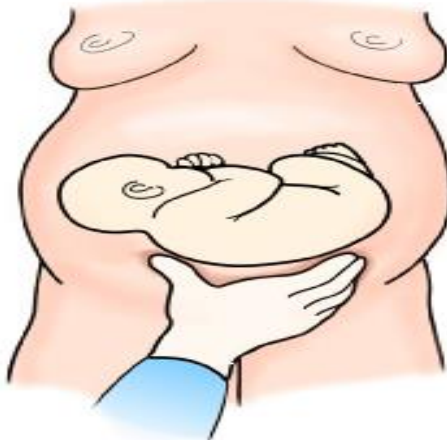
First maneuver



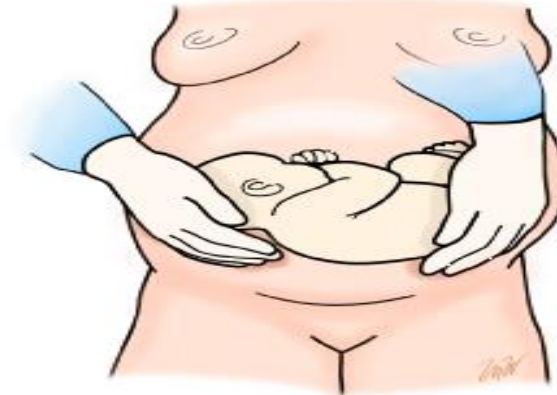
Second maneuver



Third maneuver



Fourth maneuver



The four Leopold maneuvers systematically examine the fundus, sides of the uterus, presenting part at the symphysis pubis, and lower uterine segment to determine fetal presentation and the location of the back. The fetal head is hard, round, and moves independently of the trunk whereas the buttocks are soft and move with the trunk. The fetal back is a broad, smooth, firm, resistant surface, whereas the elbows, knees, hands and feet are small irregularities and protrusions.

# زایمان در قرار عرضی

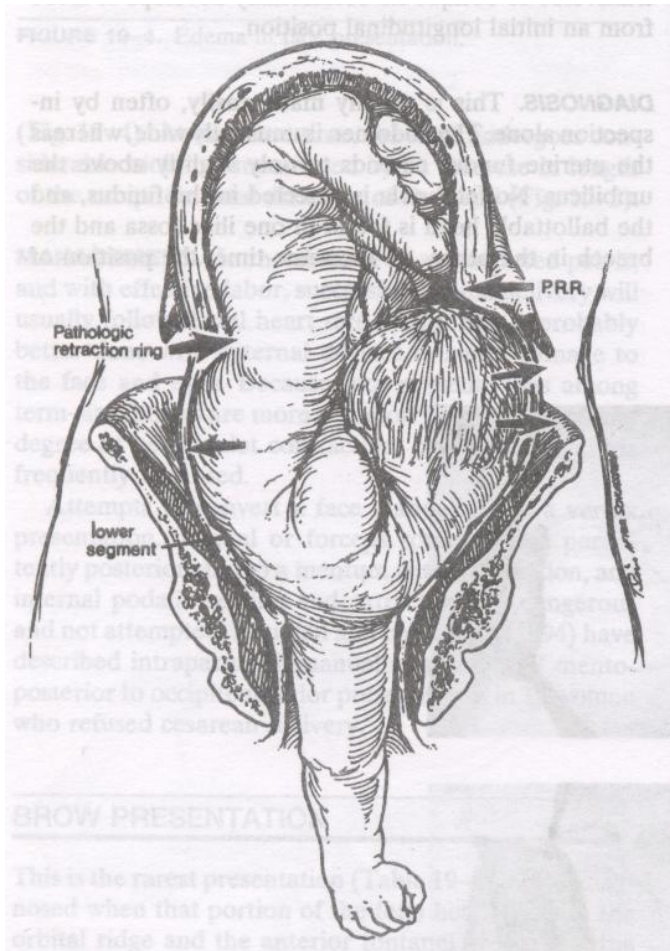
- جنین کوچک ( $> 800\text{ gr}$ ) و لگن بزرگ  $\leftarrow$  زایمان خودبخود

- وگرنه سزارین: برش کلاسیک (طولی)

- Neglected Transverse lie

- Ext. Version: پس از ۳۹ هفته

در شروع زایمان



# نمایش مرکب

- در این حالت یکی از اندام ها در کنار عضو نمایش پرولاپس می یابد.
- یک مورد در ۷۰۰ زایمان شیوع دارد.
- شرایطی که از بسته شدن کامل ورودی لگن توسط سرجنین جلوگیری می کند نمایش مرکب بوجود می آورد. مانند پره ترم.
- **پیش آگهی و درمان:** در اغلب موارد اختلالی در امر زایمان پیش نمی آورد ولی در صورت پرولاپس بازو امکان نکرهز ایسکمیک ساعد وجود دارد. به هر حال عوارض همراه مانند پره ترم، پرولاپس بندناف، زایمان تروماتیک با مورتالیتی جنین همراه است. لذا بازو را به سمت بالا و همزمان سر را به سمت لگن هدایت باید کرد

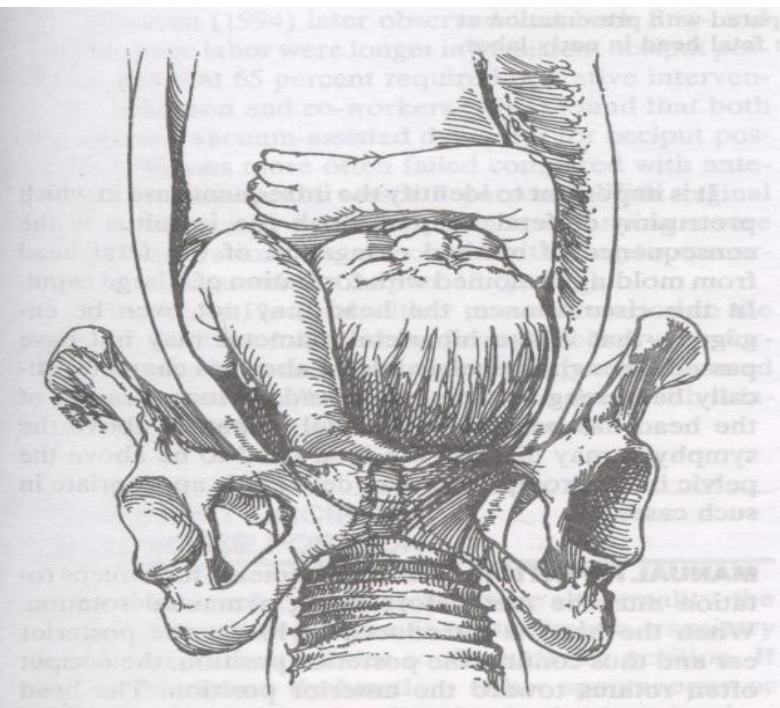


# نمایش مرکب (Compound P.)

- قسمتی از اندام در کنار عضو نمایش نزول می کند.

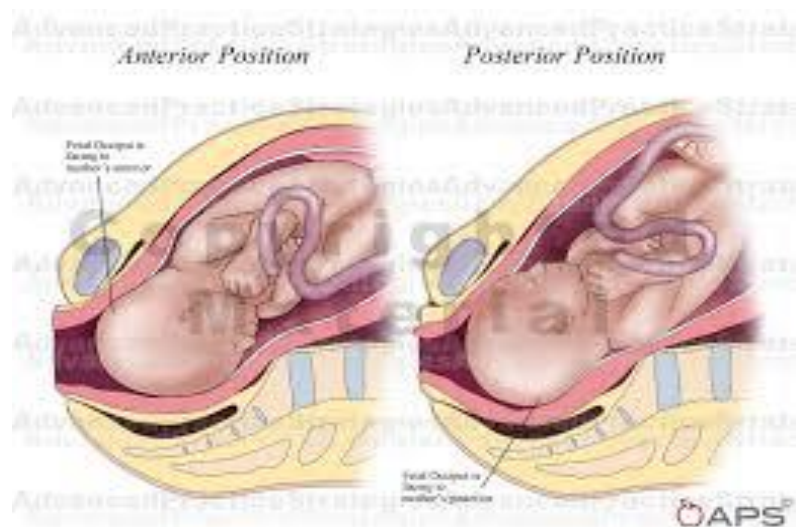
- انواع شایع: ورتکس/ دست، ورتکس/ بازو

- انواع غیر شایع: ورتکس/ پا، بریچ/ دست



# موقعیت اکسی پوت خلفی پایدار

- تنگی لگن میانی از علل OP است.
- پیشرفت زایمان در OP براساس اتساع سرویکس و نزول سر جنین است.
- **زایمان:** نیاز به اپیزیاتومی وسیع تری دارد، گاهی کاپوت وسیع مانع تشخیص عدم انگازمان می شود. لذا لمس اکسی پوت بالای لگن در حالیکه پوست سر در خروجی ولو دیده می شود اندیکاسیون سزارین است.



# موقعیت اکسی پوت خلفی پایدار

Fetus in posterior presentation



ADAM.

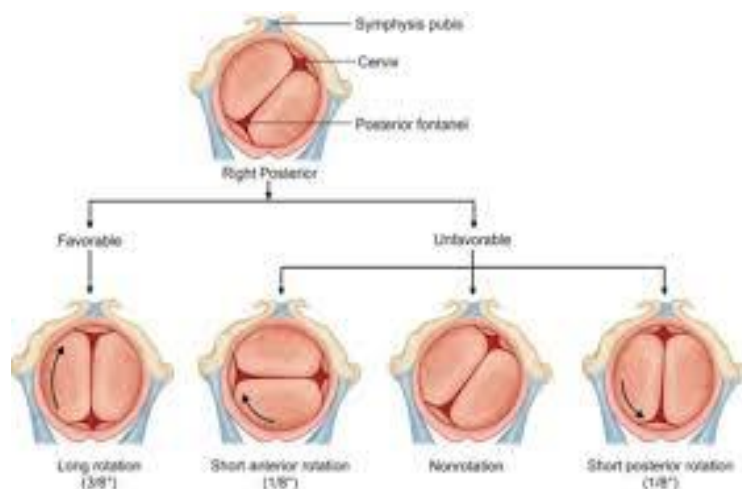
- -زایمان خودبخودی (اواخر مرحله اول و مرحله دوم طولانی)

- - زایمان با فورسپس (اپی بزرگ و بی حسی بیشتر)

- - چرخش بادرست

- - چرخش با فورسپس (در صورت آنگاژمان سر و دیلاتاسیون کامل)

- عوارض: در OP همیشه بیشتر از قدامی است.



# RISK FACTORS

- Reported risk factors for OP position at delivery include:
  - Nulliparity
  - Maternal age greater than 35 years
  - Obesity
  - African-American race
  - Previous OP delivery
  - Small pelvic outlet (particularly narrow subpubic arch)
  - Gestational age  $\geq 41$  weeks
  - Birthweight  $\geq 4000$  grams
  - Anterior placenta
  - Epidural anesthesia

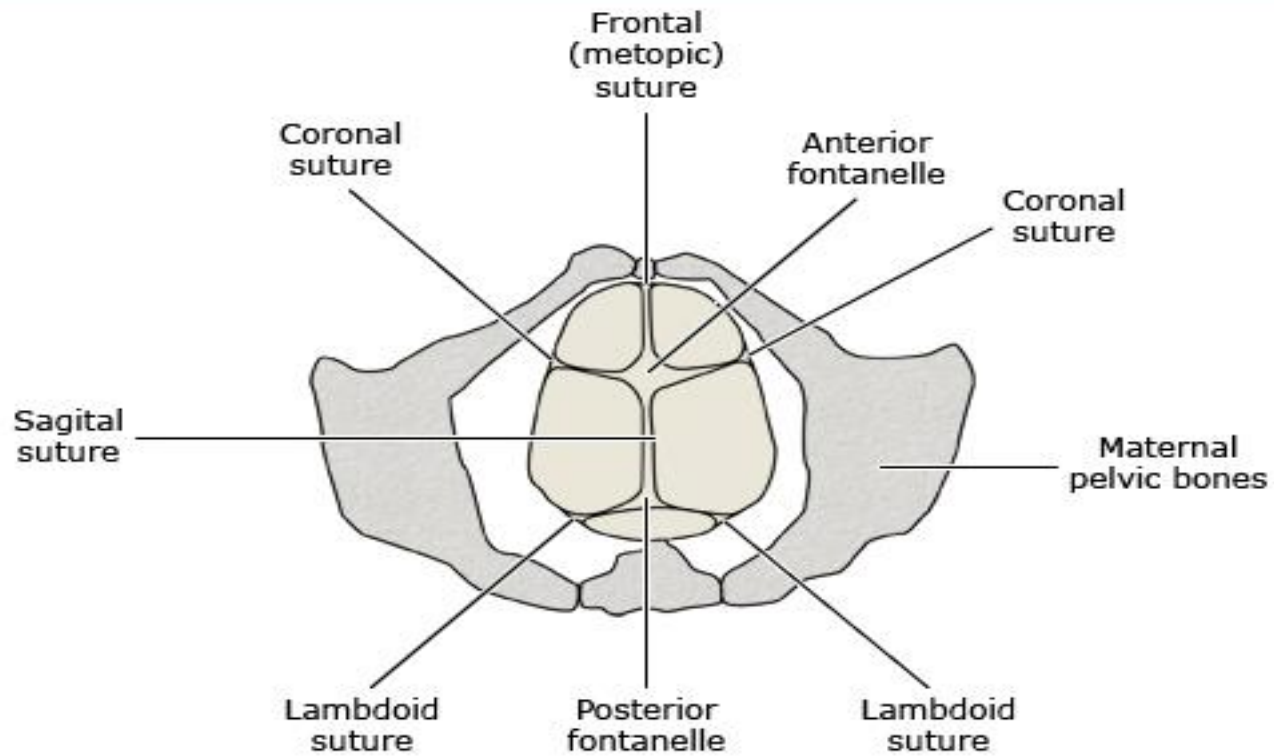


## Potential maternal and neonatal complications of occiput posterior position

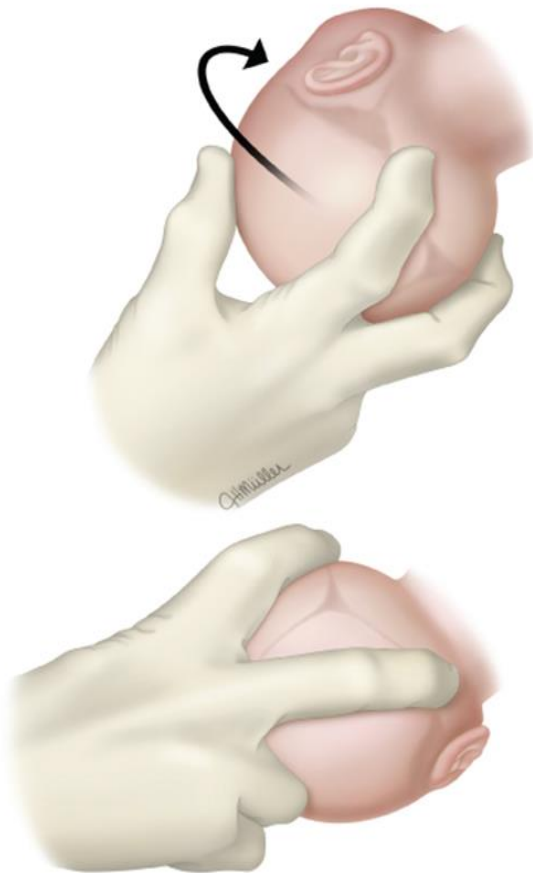
Maternal complications	Neonatal complications
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Prolonged first stage of labor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Five-minute Apgar score less than 7</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Prolonged/arrested second stage of labor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Umbilical artery acidemia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Increased rate of labor augmentation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Meconium-stained amniotic fluid</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Operative vaginal delivery</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Admission to neonatal intensive care unit</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Anal sphincter injury</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Failure of operative vaginal delivery</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cesarean delivery</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Inadvertent extension of hysterotomy at cesarean delivery</li> </ul>	

## Occiput posterior position

---



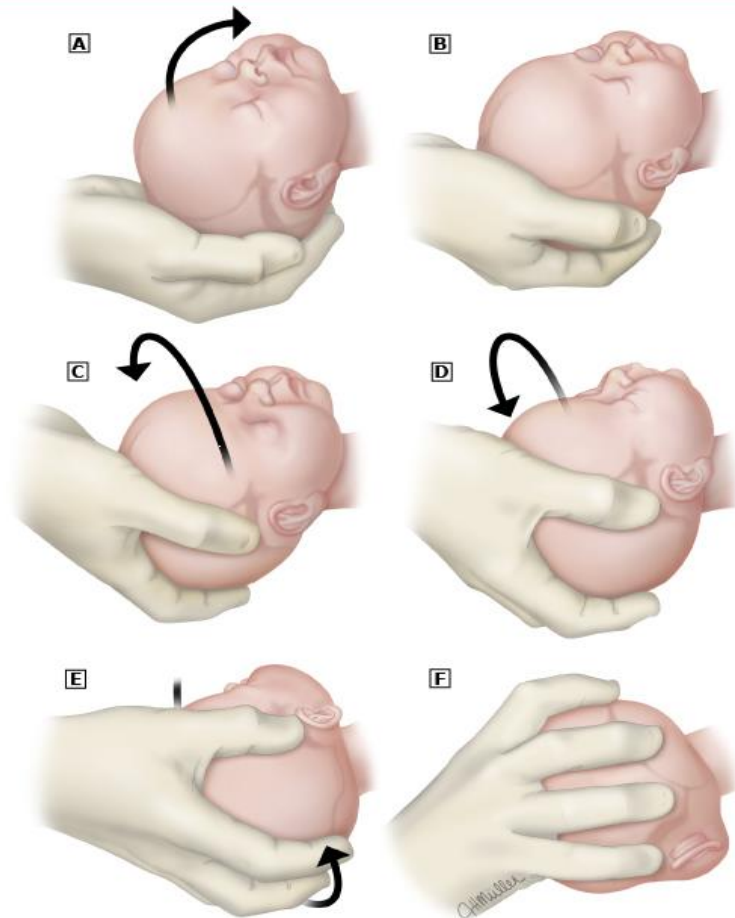
### Three finger digital rotation from occiput posterior



The tips of the index and middle fingers are placed in the anterior segment of the lambdoid suture near the posterior fontanelle. The fingers are used to flex and slightly dislodge the vertex, rotating the fetal head to the occiput anterior position via rotation of the operator's hand and forearm. The thumb may also be used with gentle downward pressure more anteriorly on the parietal bone to aid in this rotation.

UpToDate®

### Five finger manual rotation from occiput posterior



(A) The operator places four fingers behind the posterior parietal bone with the palm up and the thumb over the anterior parietal bone. The right hand is used for left OP position and the left hand is used for right OP position. The head is grasped with the tips of the fingers and thumb. (B-F) During a contraction, the patient is encouraged to push and the operator attempts to flex and rotate the fetal head to the OA position.

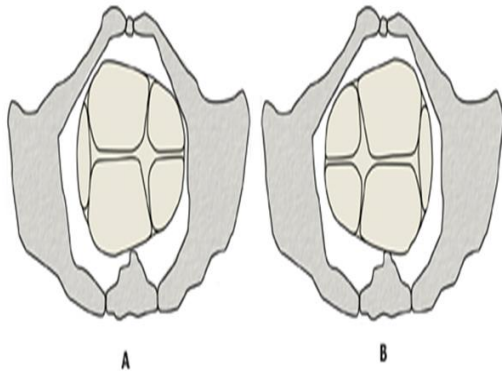
OP: occiput posterior; OA: occiput anterior.

UpToDate®



# وضعیت اکسی پوت عرضی پایدار

## Occiput transverse positions



(A) Right occiput transverse (ROT).

(B) Left occiput transverse (LOT).

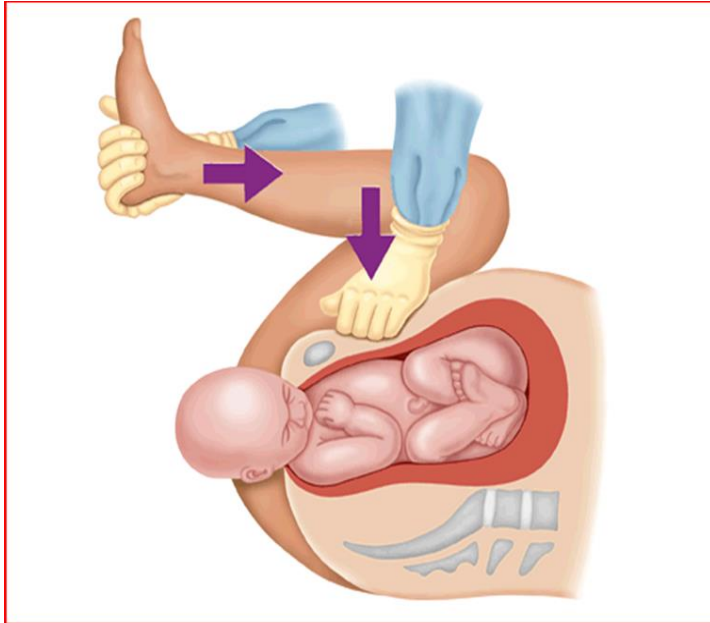
UpToDate®

- علت آن غیر از تنگی لگن، لگن های پلاتی پوئید، اندروئید، اختلال هیپوتونیک در عملکرد رحمی در اثر بیدردی یا خودبخودی است.
- اگر تنگی یا آسنکلیتیسیم نباشد، معمولاً موقتی است و به OA تبدیل می شود
- چرخش دستی OP یا OA و سپس زایمان با فورسپس
- با استفاده از فورسپس کی لند OT به OA یا Op تبدیل و سپس زایمان با فورسپس
- در صورت عدم تنگی لگن ، انفوزیون اکسی توسین انجام می شود.
- در صورت تنگی لگن و انواع غیر طبیعی، عدم انگازه شدن سر و کاپوت شدید سزارین ارجح است.

# دیستوشی شانه

- تعریف: فاصله زمانی خروج سر تا بدن بیش از ۶۰ ثانیه طول بکشد.
- عوامل زمینه ساز: چاقی، مولتی پارите، دیابت که همگی با ماکروزومی جنین همراه هستند، حاملگی پست ترم، سابقه دیستوشی قبلی.
- به طور کلی خطر دیستوشی شانه برای جنین بیشتر از خطر آن برای مادر است.
- عواقب مادری: خطر اصلی خونریزی پس از زایمان در اثرآتونی، پارگی های شدید پرینه و واژن
- عواقب نوزادی: آسیب عصبی – عضلانی شدید و آسفکسی
- بطور خلاصه دیستوشی شانه قابل پیش بینی و جلوگیری نیست، القای الکتیو لیبر یا سزارین الکتیو، در موارد مشکوک به ماکروزومی معقول نیست، در زنان با جنین بیش از ۵۰۰۰ گرم بدون دیابت و ۴۵۰۰ گرم در زنان دیابتی، می توان زایمان سزارین برنامه ریزی را در نظر گرفت.

# تدابیر درمانی در دیستوشی شانه



McRobert's maneuver and suprapubic pressure

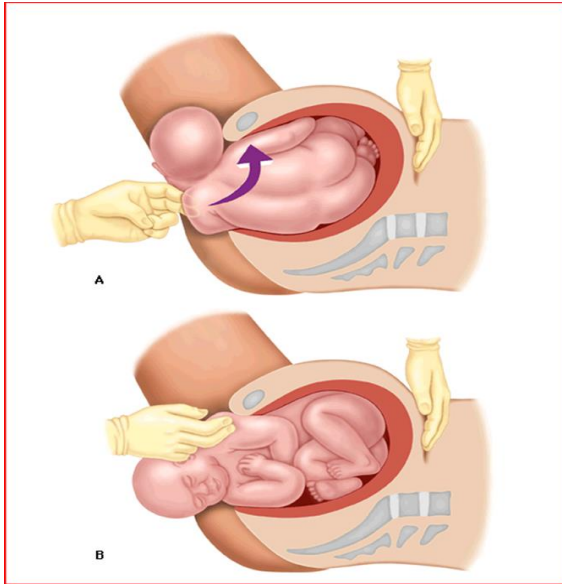
## McRobert's Maneuver



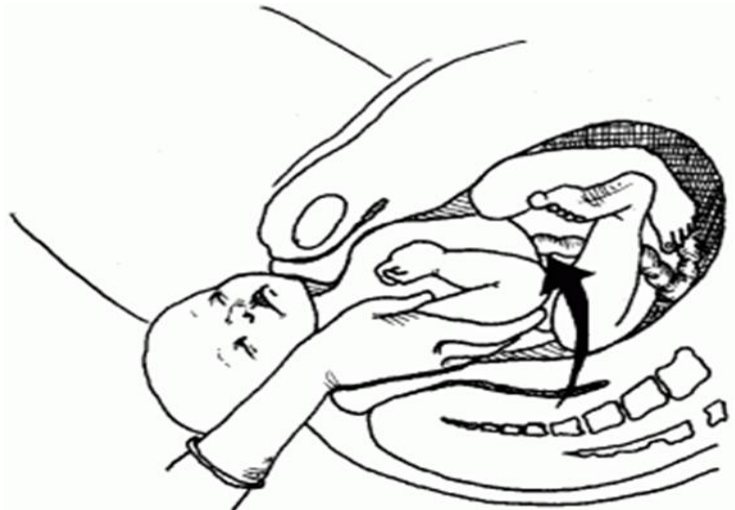
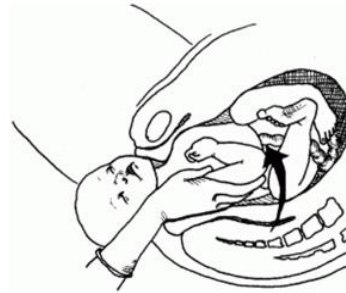
Click Diagram to Dismiss it:

- کشش آرام همراه زور زدن مادر
- آنالژزی کافی
- وسیع کردن اپی زیوتومی
- استفاده از انواع تکنیک ها برای آزاد کردن شانه قدامی (فشار سوپرا پوبیک، مانور مک روبرت، آزادسازی شانه خلفی، مانور وودز، توصیه های روبین، مانور چها دست و پا گاسکین، شکستن کلاویکول، مانور زاوانلی، سمفیزوتومی)

# برنامه آموزشی دیستوشی شانه



Wood's corkscrew maneuver. (A) The posterior shoulder is rotated counterclockwise until (B) it becomes anterior. The anterior shoulder rotates out from under the symphysis pubis and descends during this process.



۱. در خواست کمک، دستیاران و پرسنل بیهوشی،  
مثانه پر خالی شود.

۲. اپیزیاتومی وسیع

۳. فشار سوپرا پوبیک

۴. مانور مک روبرت

۵. ازاد سازی بازوی خلفی

۶. مانور Woods screw

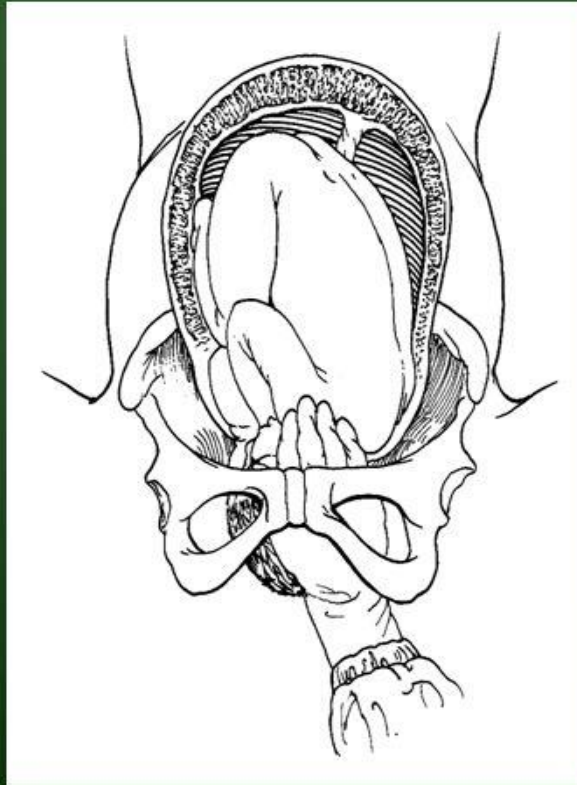
۷. از مانور روبین استفاده کنید.

• مانور مک روبرت رویکرد آغازین معقول و

قابل قبولی محسوب می شود.

# Anterior Rubin's Maneuver

## *Shoulder Dystocia*



ACOG Simulation Committee

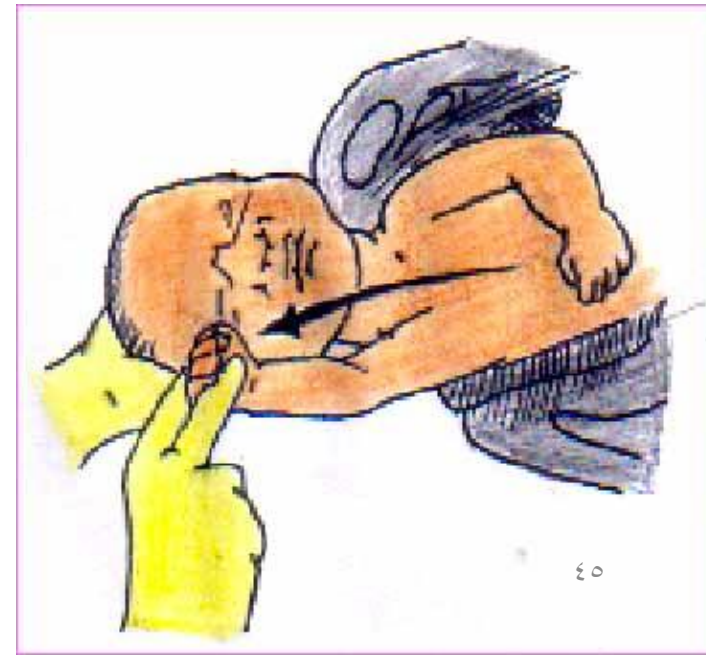


# Delivery of the posterior arm.

By inserting a hand into the posterior vagina and ventrally rotating the arm at the shoulder

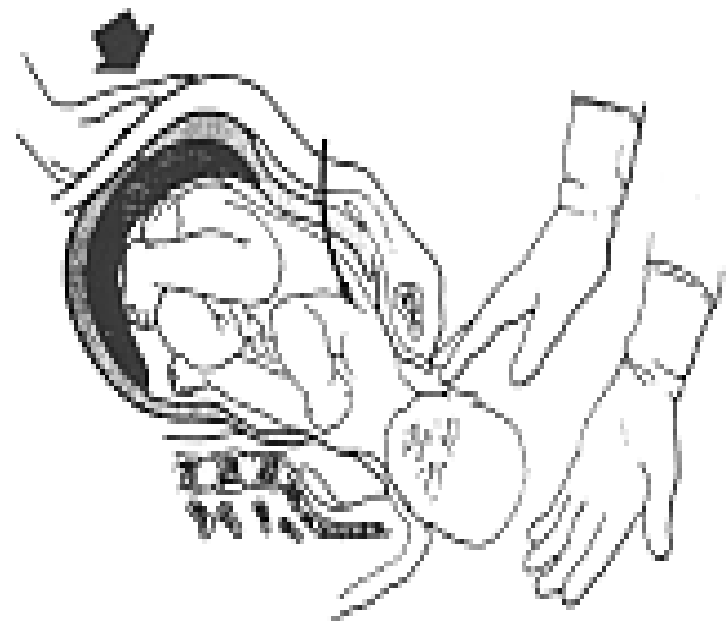


delivery  
over the  
perineum





# The Hibbard Maneuver



# عوارض مادری – پری ناتال دیستوشی

- عوارض مادری:

A. کوریو آمنیونیت و عفونت لگنی

B. خونریزی پس از زایمان در اثر اتونی

C. تشکیل حلقه انقباضی و پارگی رحمی

D. تشکیل فیستول (وزیکوواژینال، وزیکوسرویکال، رکتوواژینال)

E. آسیب عضلات کف لگن بصورت بی اختیاری ادراری، مدفوع و پرولاپس

اعضای لگن. در ۳ تا ۶٪ پارگی اسفنکتر دیده می شود

F. آسیب عصبی اندام تحتانی مادر

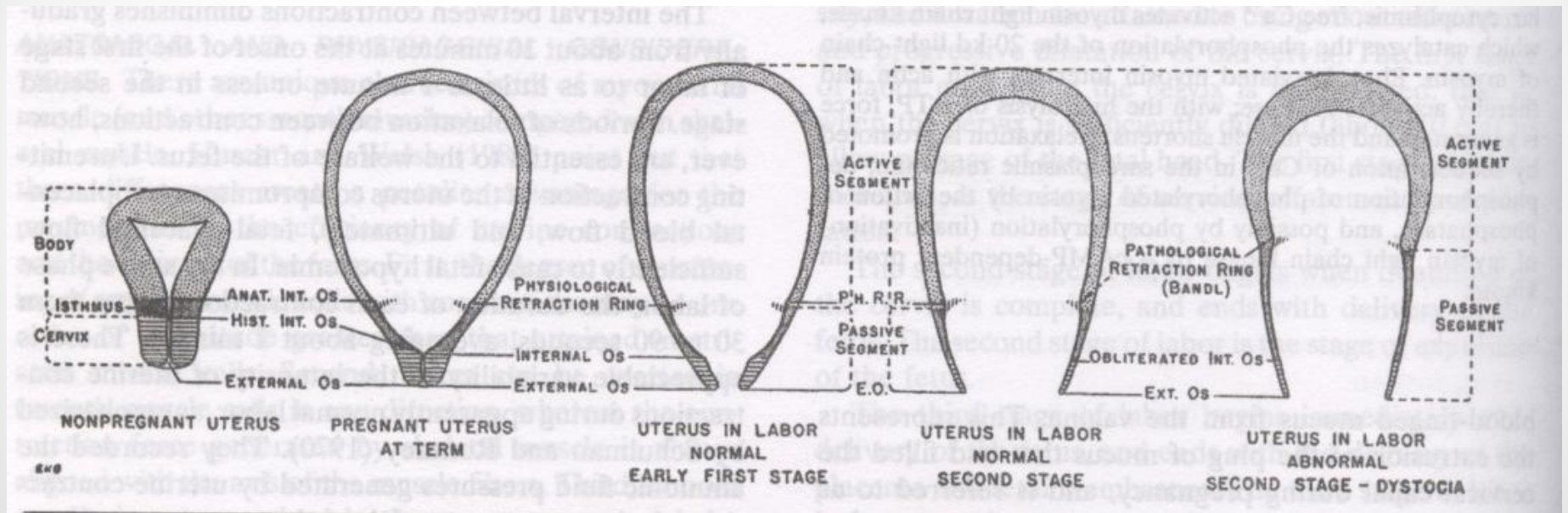
# عوارض مادری – پری ناتال دیستوشی

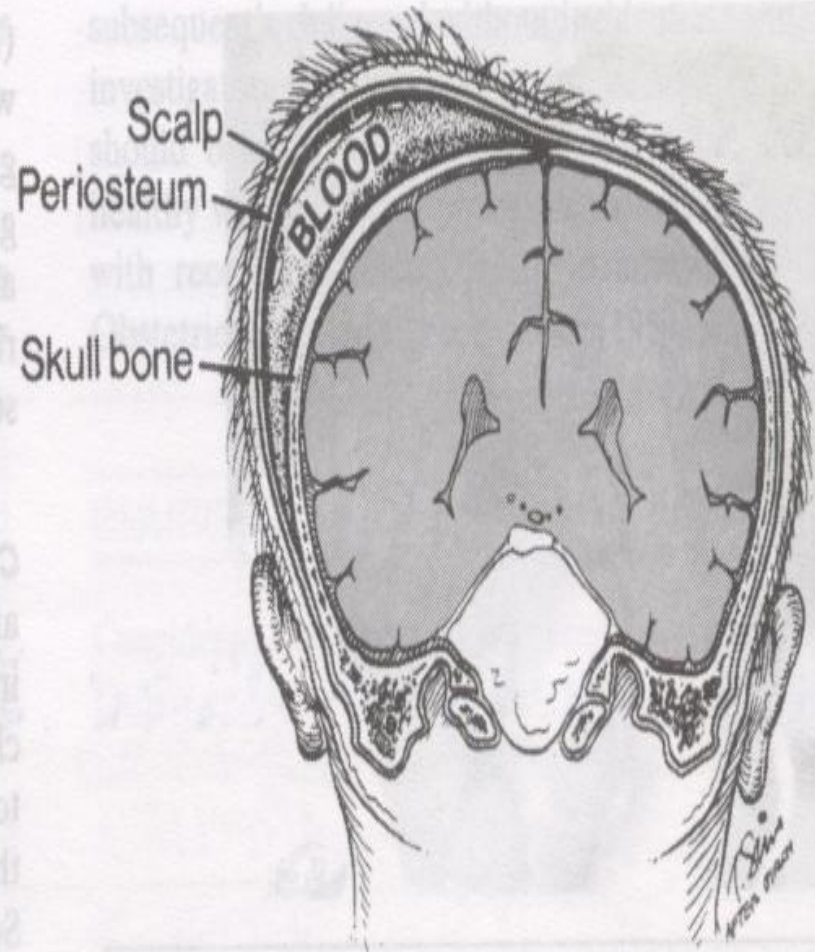
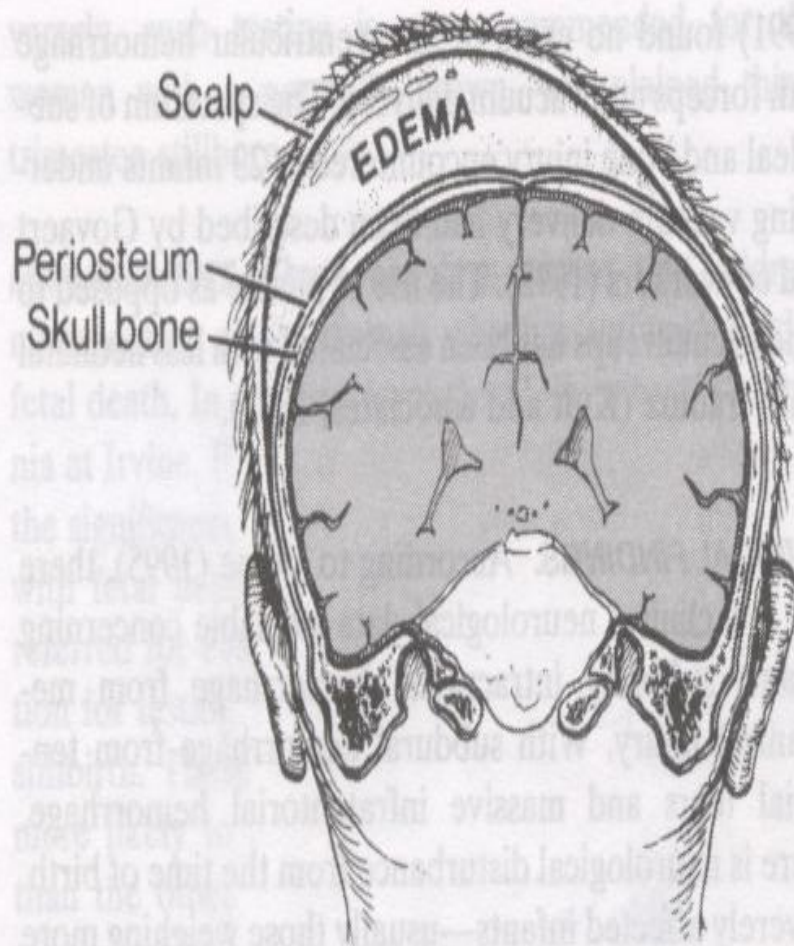
- عوامل مستعد کننده آسیب کف لگن که چند ماه بعد از زایمان بروز می کنند در زایمان با فورسپس، وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم و اپیزیاتومی شایعتر است.

- عوارض پری ناتال:

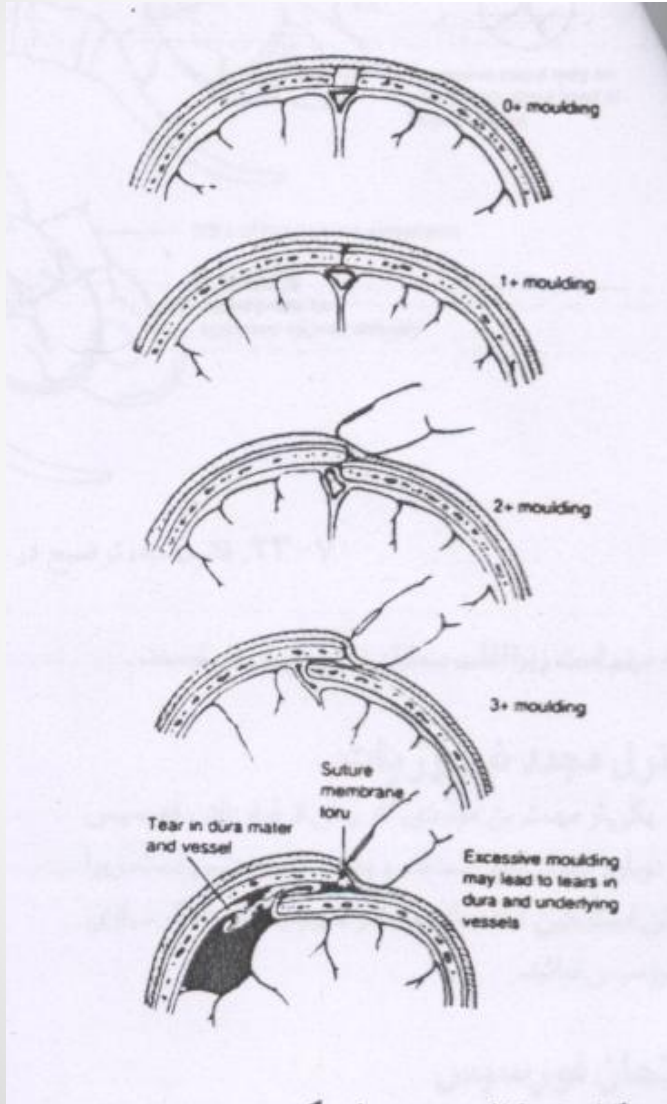
- سپسیس حول و حوش زایمان، آسیبهای مکانیکی که شایعتر است، کاپوت سوکسدانئوم، مولدینگ، سفالوهماتوم و شکستگی ها

# Pathologic Retraction Ring





# طبقه بندی مولدینگ



- ۰: سوچور قابل لمس
- ۱: استخوانها با فشار جزئی انگشت جدا
- ۲: استخوانها با فشار بیشتر جدا
- ۳: استخوانها جدا نمی شوند.



# قضا و ممنوع

اگر نمیدانی از من بپرس  
اگر قبول نداری با من بحث کن  
اگر دوست نداری به من بگو  
اما هیچوقت در مورد من  
یک طرفه قضاوت نکن...